

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

161^{N°}

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph GUILLE DES BUTTES

Ancien Interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Né le 15 août 1911, à Vern-d'Anjou (Maine-et-Loire).

**Contribution à l'étude de l'évolution
des tumeurs bénignes du recto-sigmoïde:
du polype au cancer de l'intestin terminal**

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph GUILLE DES BUTTES

Ancien Interne à l'Hôtel-Dieu d'Angers.

Né le 15 août 1911, à Vern-d'Anjou (Maine-et-Loire).

Contribution à l'étude de l'évolution
des tumeurs bénignes du recto-sigmoïde:
du polype au cancer de l'intestin terminal

Président : M. CARNOT, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert LEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
	H. CLAUDE.
Hygiène et clinique de la première enfance	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	GUILLAIN.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO.
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET.
Clinique des maladies infectieuses	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique ophtalmologique	COUVELAIRE.
Clinique urologique	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
Clinique gynécologique	LEMAITRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique médicale	Maurice VILLARET.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TROISIER.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique propédeutique	LAUBRY.
Clinique de la Tuberculose	Clovis VINCENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	N...
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
AMELINE Pathologie chirurgicale.	CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
BARIETY Pathologie médicale.	COSTE Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	DOGNON Physique.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	FEY Urologie.
BEZANÇON	FUNK Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GALLIARD Parasitologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BULLIARD ... Histologie.	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo
CATHALA Pathologie médicale.	gie chirurgicale.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES .. Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN ... Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.

MM.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÈNEGAUX ... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET ... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . Pathologie chirurgicale.

MM.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER ... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 MOURE.
 QUENU.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.
 ECALLE.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 RUPPE Stomatologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547906_0086

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*En témoignage de mon amour filial et
de ma grande reconnaissance.*

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS

A MA FIANCÉE

*Qu'elle y trouve l'expression de ma pro-
fonde tendresse.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES CAMARADES D'INTERNAT

*En souvenir des bonnes années passées
à l'Hôtel-Dieu.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique Médicale.

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Membre de l'Académie de Médecine.

Nous le remercions du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine d'Angers.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fourni le sujet de cette thèse
et nous a aidé de ses conseils.*

*Q'il veuille trouver ici le témoignage de
notre respectueuse gratitude.*

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE D'ANGERS

A TOUS CEUX QUI M'ONT GUIDÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOQUEL

Professeur Honoraire de Clinique Obstétricale.

Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine
et de Pharmacie d'Angers.

A MONSIEUR LE DOCTEUR METZGER

Professeur d'Anatomie.

Chirurgien Honoraire de l'Hôtel-Dieu.

Directeur de l'Ecole de Médecine d'Angers.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARBARY

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR AMSLER

Médecin adjoint de l'Hôtel-Dieu.

Médecin chef des Dispensaires antituberculeux de Maine-et-Loire.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUGAIN

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAPIN

Médecin Honoraire de l'Hôtel-Dieu.
Directeur du Laboratoire d'Histologie et de Bactériologie.
Professeur d'Histologie à l'école de Médecine d'Angers.

*Qui a bien voulu nous confier ses coupes
histologiques.*

En témoignage de reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEDELEC

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

*En témoignage de respectueuse gratitude
pour tout ce qu'il a fait pour mon père et
pour moi.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRUCHAUD

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

AUX DOCTEURS

MARTIN, TESTARD, NAULEAU, GOHIER
BIGOT, PEIGNAUX, CLASIER, GAUTIER

Que chacun trouve ici sa part de reconnaissance.

INTRODUCTION

Dans le problème encore insoluble de l'étiologie du cancer, un point semble acquis : son développement fréquent aux dépens d'une tumeur bénigne préexistante. Il est d'importance puisque cette tumeur bénigne dûment reconnue, son ablation empêchera toute dégénérescence maligne ultérieure, partant tout développement cancéreux.

Encore faut-il que cette néoplasie primitive soit accessible à nos moyens d'investigation, qu'elle présente des signes fonctionnels assez nets pour être soupçonnée et qu'elle puisse être authentiquée cliniquement et histologiquement avant toute dégénérescence, ou du moins avant que cette dernière ait envahi les plans profonds et surtout gagné ses voies de propagation habituelles, les lymphatiques en particulier.

Or, grâce à nos moyens d'étude modernes, la rectosigmoïdoscopie surtout, complétée par la biopsie si facilitée par elle, les tumeurs bénignes du rectum, les polypes pour mieux dire, présentent presque toujours les conditions requises pour être reconnus d'une façon précoce; si par suite ils sont réellement le point de départ des tumeurs malignes, leur recherche systématique, leur diagnostic à leur début,

permettront, par une ablation en général aisée, de tuer dans l'œuf le plus affreux peut-être, et à coup sûr l'un des plus fréquents cancers de l'organisme : le cancer rectal.

C'est à cette question d'un si haut intérêt théorique et pratique, on le voit, que nous voulons apporter, après d'autres, notre modeste contribution, nous basant sur six observations inédites, dont une personnelle et les cinq autres dues à notre Maître, le Dr DÉNÉCHAU, Professeur de Clinique Médicale à l'Ecole de Médecine d'Angers, qui a bien voulu nous diriger dans ce travail. Nous nous aiderons grandement des publications récentes dues surtout aux auteurs français, spécialement à R. BENSAUDE et à son Ecole, auxquelles nous ferons de larges emprunts.

APERÇU HISTORIQUE — DIVISION DU SUJET

Il ne saurait être question de faire ici l'histoire des travaux consacrés aux tumeurs bénignes du rectum et du sigmoïde, que l'on trouvera indiqués dans « Les Maladies de l'Intestin », Tome III, de R. BENS AUDE, ni même de rappeler tous ceux qui ont traité à leur dégénérescence cancéreuse. Nous les citerons à notre bibliographie et nous ne saurions mieux faire que de renvoyer à celle de l'ouvrage qui vient d'être dit et aussi de celui plus récent de A. BENS AUDE sur « L'Evolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum ».

Il nous suffira de dire que c'est un auteur français STOLTZ, qui, dans la Gazette Médicale de Strasbourg, en 1831, en a donné la première description exacte, suivie l'année suivante, en 1832, par le travail de ROKITANSKY sur les Polypes de l'intestin, QUÉNU et HARTMANN, en 1891; QUÉNU et LANDEL, en 1898 et en 1899 s'attachèrent à cette question au point de vue histologique, clinique et chirurgical. Nous citerons les thèses de A. MONOD et de GALLARD (Paris 1919 et 1924), pour arriver aux nombreuses publications de R. BENS AUDE et de son Ecole, tout spécialement la thèse de A. LAMBLING, sur Les Tumeurs Villeuses du

rectum, qui fait autorité, et l'importante monographie, toute récente, de A. BENS AUDE, à laquelle nous venons de faire allusion.

Envisageant essentiellement le problème de la dégénérescence cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum, dans sa fréquence, ses caractères anatomo-pathologiques et histologiques, son expression clinique et aussi son traitement préventif et curatif, nous pourrons, croyons-nous, la solutionner en traitant les quelques points suivants :

1° Quelles sont les tumeurs bénignes ou polypes du recto-sigmoïde qui dégèrent le plus souvent ? Quels sont leurs caractères histologiques, leur tendance dégénérative et comment se fait cette cancérisation ?

2° Quelle en est la symptomatologie fonctionnelle et physique ? Sur quoi baser leur diagnostic au stade de bénignité ?

3° Quels signes permettront de reconnaître à son début leur dégénérescence maligne ?

4° Dans l'état actuel des choses, quel est leur rôle dans la genèse des si nombreux cancers du segment terminal de l'intestin ?

5° Enfin quelles armes thérapeutiques avons-nous contre elles, partant contre le cancer qu'elles doivent engendrer ? Nous terminerons par l'exposé de nos six observations inédites, pour aboutir enfin à nos conclusions.

TUMEURS BENIGNES DU RECTOSIGMOÏDE QUI DEGENERENT LE PLUS SOUVENT

Leurs caractères histologiques.

Les tumeurs bénignes de l'intestin terminal se divisent, comme celles de tous les autres tissus, en épithéliales et non épithéliales. Ces dernières : myômes, lymphômes, myxômes, angiosarcomes, lipomes, kystes dermoïdes, toutes d'une extrême rareté, ne dégénèrent que d'une façon exceptionnelle, au contraire des premières pour lesquelles la dégénérescence est presque de règle. Or, ces tumeurs épithéliales sont de trois types fondamentaux : les tumeurs villeuses, le polype solitaire recto-sigmoïdien, mieux nommé adénome solitaire, enfin les polypes multiples ou polypose rectocolique.

Le polype villeux est une tumeur épithéliale dont « l'orientation dynamique, selon l'expression de LAMBLING, est d'échafauder des sortes de villosités, sous forme de prolongements poussant en hauteur au-dessus du niveau de l'épithélium de revêtement de l'intestin ». Il est constitué par un axe conjonctif émanant du chorion de la muqueuse et reposant sur la musculature qu'il respecte. Véritable armature, cet

axe conjonctif se divise en trousseaux qui pénètrent dans chaque frange; sur lui se dressent les cellules épithéliales qui sont de deux types très différents : le premier constitué par des cellules à protoplasme sombre, serrées les unes contre les autres, en palissades régulières renfermant un noyau ovalaire placé alternativement à leur base et à leur partie moyenne, contribuant ainsi à la régularité de l'ensemble. Mises en valeur dès 1894 par QUÉNU et LANDEL sous le nom de cellules sombres épithéliomateuses, elles l'ont été encore plus récemment par WESTHUES, qui leur attache une importance extrême et les appelle cellules « dédifférenciées ». Le second se résume aux cellules à mucus, à peine différentes de celles de l'intestin normal. Leurs proportions varient et R. BENSAUDE a montré que si les premières existent souvent seules, les deux s'associent également, comme dans notre Observation N° 1.

Cette tumeur ainsi constituée est pédiculée, méritant alors le nom de polype. Elle peut être sessile ou même diffuse. Dans tous les cas, elle présente deux caractères essentiels : d'abord celui d'évoluer d'une façon bénigne pendant un nombre d'années considérable, tel la malade rapportée par LAMBLING, qui pendant 18 ans présente des crises intestinales pseudo-dysentériques, dont la cause ne fut révélée que par l'émission de fragments tumoraux vilieux, rendus presque tous les mois pendant trois ans. Pendant dix ans, tout disparut, pour se terminer après 32 années, par un envahissement vaginal com-

pliqué de perforation de la cavité utérine, liée à un polype du sigmoïde constaté seulement à une laparotomie exploratrice. Son second caractère est de subir, après ce long stade de bénignité, la cancérisation, mais cela encore avec une lenteur extrême, le processus débutant à l'extrémité des franges vilieuses, évoluant en surface et y restant contonné pour ne s'étendre en profondeur qu'après des années. Bensaude et ses élèves ont observé des survies de 10, 12 et même 14 ans, après un début de dégénérescence dûment constatée.

Nous réunirons les deux autres variétés : polypes solitaires et polypes multiples ou polypose recto-sigmoïdienne, car, si au point de vue de leur cancérisation, ils diffèrent à un haut degré, histologiquement, ils sont identiques. Constitués par une masse du volume d'un grain de chenevis à celui d'un marron, parfois d'une mandarine, le plus souvent pédiculés, parfois même avec long pédicule, souvent aussi sessiles, ils ont une surface unie, une consistance plus ferme que le polype vilieux et sont constitués, non plus par une armature conjonctive recouverte de cellules comme ce dernier, mais par des culs-de-sac glandulaires hypertrophiés, hyperplasiés et proliférés, s'incurvant, se développant en profondeur, le tissu conjonctif ne faisant qu'entourer et séparer ces glandes ainsi multipliées. Il s'agit, en un mot, d'un adénome, nom qui leur convient par excellence. Quant aux cellules de revêtement, elles sont souvent presque uniquement muqueuses, mais, souvent aussi,

hautes, allongées et sombres, comme les cellules décrites dans la tumeur vilieuse, elles sont donc aussi différenciées que ces dernières. Leur prédominance a permis à R. BENSAUDE, CAIN et AUGIER, de distinguer deux groupes d'adénomes rectocoliques, selon qu'ils ne présentent que ces cellules sombres, ou au contraire des cellules mucipares. A. BENSAUDE y ajoute une troisième variété, où adénomes et villosités se mélangent : tumeurs adénomato-villeuses.

Selon que ces adénomes seront isolés ou peu nombreux, ou au contraire multiples, parfois à un degré étonnant, se chiffrant par milliers, l'on aura les polypes solitaires ou disséminés, ou la polypose rectocolique. Cette dernière héréditaire, familiale, dans sa variété essentielle, non inflammatoire, dégénérera avec une fréquence très grande, contrairement à l'adénome solitaire dont la cancérisation est infiniment plus rare. Dans l'un et l'autre cas d'ailleurs, la phase de bénignité reste longue, mais d'une façon variable, n'excédant pas cinq années dans près des $\frac{2}{5}$ des cas et n'atteignant que dans un tiers 10 à 20 ans, d'après la statistique personnelle de R. BENSAUDE en ce qui concerne la polypose tout au moins.

Où débute cette cancérisation, comment se propage-t-elle ? La réponse est ici difficile à donner, le polype cancéreux dans la polypose étant en général constaté dans sa phase d'état, au milieu d'une infinité d'autres encore bénins. Certaines observations de A. BENSAUDE montrent que le plus souvent, dans cette affection, existent à la fois des adénomes et à

la fois des tumeurs villeuses et que c'est au niveau de ces dernières que la cancérisation s'est produite en suivant le schéma que nous avons dit tout à l'heure, c'est-à-dire débutant au niveau de la partie libre pour ne gagner que tardivement le pédicule (Observ. A. BENS AUDE N° 16); d'autres fois pourtant (Observ. 17) c'est l'adénome lui-même qui dégénère.

Il en est de même pour l'adénome solitaire dont nous trouvons cinq exemples de dégénérescence incontestable dans le travail du même auteur (Observ. 21, 22, 23, 24, 25); elle se fait là aussi au niveau de la partie libre de la tête de la tumeur, pour ne gagner que plus tard en profondeur.

Ces faits sont pourtant, il faut l'avouer, assez rares, il est bien plus fréquent de constater au pourtour d'un cancer, dont il est difficile bien souvent de dire s'il est ou non d'origine polypeuse, des adénomes pédiculés ou sessiles. Or, c'est là encore un fait de haute importance que cette coexistence d'un cancer et de polypes plus ou moins nombreux à son voisinage. Ils plaident en faveur d'un point de départ, au niveau de l'un d'eux, du cancer observé, car il est plus rationnel d'admettre, connaissant la fréquence de la dégénérescence des tumeurs bénignes, en cette région, une néoplasie développée aux dépens de l'une d'elles, que de considérer le cancer comme étant primitif et le polype comme ayant évolué sous son influence.

SCHMIEDEN et WESTHUES ont étudié longuement cette double hypothèse, pour n'admettre que la pre-

mière en se basant tout d'abord sur l'identité de siège des cancers et des polypes bénins, sur la recherche rarement effectuée, par leurs contradicteurs, au voisinage des cancers recto-sigmoïdiens enlevés, de polypes de petites dimensions, les plus sujets à se Cancriser; enfin sur le fait que dans 15 % de leurs observations, ils ont pu faire la preuve histologique de l'origine polypeuse du cancer étudié. Notons que deux de nos observations (N° 4 et N° 5) concernent des cancers incontestables autour desquels nous avons observé un ou plusieurs adénomes et aussi quoique la récurrence d'un polype solitaire sous une forme maligne soit extrêmement rare, LOCKHART-MUMMERY, sur 50 adénomes opérés par ablation locale, en aurait observé 12, et CAIN, dans la statistique du service de Proctologie de St-Antoine, a relevé 16 adénomes dégénérés sur 68 polypes solitaires enlevés. Ce sont là des preuves incontestables que le polype solitaire, ou, disséminé dégénère au même titre, à la fréquence près, que la polyposse essentielle et le polype vilieux.

Reste à se demander pourquoi l'adénome bénin solitaire se Cancrises avec une fréquence infiniment moindre que celui de la polyposse essentielle qui lui est pourtant identique au point de vue histologique. Il semble qu'il faille, dans la polyposse, incriminer d'abord le nombre énorme de ces tumeurs malignes, les chances de Cancrisation étant en rapport direct avec lui; puis la fréquence des tumeurs vilieuses que l'on y trouve mélangées aux adénomes bénins; enfin

l'influence incontestable du terrain. Il est prouvé en effet par de nombreux exemples relatés par DUKES: ZAHLMANN, LOCKHART-MUMMERY, JUNGling, RANKIN, BARGE, et BUIE, qu'il s'agit d'une affection héréditaire ou familiale où les polypes sont héréditaires mais s'intriquent chez les ascendants d'une façon parfois impressionnante avec des cancers de même siège. La prédisposition cancéreuse et polypeuse s'avère donc ici vraiment incontestable.

En résumé, de ces trois types de tumeurs épithéliales, la tumeur villeuse dégénérera avec la fréquence la plus grande, la polypose essentielle n'en différera qu'à peine sur ce point, l'adénome solitaire par contre ne le fera que plus rarement, sans en être à l'abri, nous venons de le prouver.

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

A LA PHASE DE BENIGNITE

Au point de vue clinique, à leur phase de bénignité, les trois variétés de tumeurs épithéliales au rectosigmoïde présentent un ensemble de symptômes fonctionnels et généraux à peu près identiques. Nous les grouperons dans un premier chapitre de vue d'ensemble. Elles diff rent par contre sur certains points et surtout par les données que nous fournissent les méthodes actuelles d'examen objectif, que nous décrirons dans un second temps.

Vues dans leur ensemble, ces tumeurs, trop souvent ne provoquent aucun trouble et il faut un examen systématique ou pratiqué à l'occasion de tout autre raison, pour en amener la découverte. Il en fut ainsi dans notre observation Né 1.

D'autres fois, le patient accusera des troubles fonctionnels suffisant à orienter un médecin averti. Ce seront avant tout des hémorragies en général discrètes, striant les selles ou survenant en dehors d'elles, le malade rend alors du sang pur, mais le plus souvent le sang est mélangé aux matières fécales ou les arrose, comme dans les h morro ides. Irrégulières et apparaissant sans raison, elles sont souvent tardives. Trop souvent chez l'adulte elles sont interprétées

comme liées aux hémorroïdes, alors que chez l'enfant, en dehors de l'invagination, elles semblent l'expression presque unique d'un polype solitaire qu'il faudra toujours suspecter en pareil cas. Elles sont rarement très importante, mais peuvent se répéter dans la polypose surtout, elles n'entraînent d'ailleurs qu'exceptionnellement des troubles graves, sauf dans cette dernière. MOULONGUET pourtant, chez une femme porteur d'un adénome solitaire sigmoïdien, a signalé une hémorragie isolée mais extrêmement sérieuse et notre Maître, le Pr DENÉCHAU, a observé un homme atteint de polype vilieux avec hémorragie presque permanente, qui a abouti à une anémie grave pseudo-pernicieuse (Observation inédite).

La constipation est le second signe, presque constant, par périodes tout au moins, dans les deux premiers types. Dans la polypose essentielle, au contraire, la diarrhée est presque de règle, diarrhée pâteuse, en tas, souvent mousseuse, s'accompagnant parfois de ténésme avec glaires, pus et sang, et simulant la dysenterie ou la recto-colite hémorragique. Elle s'exagère par poussées suivies d'accalmie plus ou moins prolongés. Le polype vilieux, en dépit de sa constipation et coëxistant avec elle, présente souvent aussi des décharges curieuses de liquide visqueux, transparent, parfois gélatiniforme, émis en dehors des matières fécales, alors que la malade déclare avoir eu, ce même jour, une ou deux selles normales. Il est d'ailleurs surpris par cette émission comparable à une poche d'eau qui se romprait su-

bitement, qui le force à se garnir et qu'il est souvent incapable, dit LAMBLING, de décrire. Cette fausse diarrhée est pourtant d'importance, puisqu'elle extériorise l'un des caractères de la tumeur villeuse : l'hyperpersécrétion muqueuse qu'elle engendre.

Nous ne parlerons guère des douleurs qui ont pourtant été signalées sous forme de crises douloureuses à l'épigastre, dans la polypose, alors que le polype vilieux ou le polype solitaire ne s'accompagnent, rarement d'ailleurs, que d'une certaine pesanteur rectale, d'une sensation de corps étranger à l'anus, parfois de ténésme, à la fin des garde-robes. Il n'existe que rarement des troubles dyspeptiques réflexes, vomissements, hématomèses même, signalés par DEVIC et BUSSY. Nous insisterons par contre sur le prolapsus du polype assez fréquent chez l'enfant, qu'il faudra différencier du simple prolapsus rectal. Le polype aura son pédicule, son apparence rosée ou violacée, son volume variant d'une cerise à une prune, et ne présentera pas à son centre la fente habituelle au prolapsus rectal. Parfois le pédicule se rompra et la masse sera expulsée. Plus souvent, elle se fragmentera et des débris en seront éliminés des années durant. Leur examen histologique s'impose alors et permettra, comme dans le cas plus haut cité, le diagnostic.

L'état général restera longtemps indemne, sauf au cas d'hémorragie et de diarrhée répétées, du moins pour le polype solitaire et même le polype vilieux. La polypose, au contraire, outre l'anémie, l'amai-

grissement, provoquera à la longue une cachexie avec troubles trophiques, mis en valeur par R. BENSAUDE : œdème des membres inférieurs, hippocratisme digital caractérisé, infantilisme enfin dont il donne des exemples typiques. C'est là chose à noter, une diarrhée ou fausse diarrhée chronique s'accompagnant de doigts hippocratiques devra toujours faire suspecter, comme dans un cas de BRULÉ et LIÈVRE, l'existence d'une polypose vraisemblable.

Tous ces troubles, essentiellement variables selon les sujets, ont comme caractère d'apparaître en général tardivement, des années sans doute après le début du polype, ce qui souligne encore la longue durée de sa phase de tolérance, et en général pendant un certain temps d'être très intermittents, se calmant par périodes qui peuvent être extrêmement longues. Il en fut ainsi chez la malade observée par LAMBLING (Observ. 18) et suivie ensuite par A. BENSAUDE, à laquelle nous avons fait allusion plus haut, qui après 18 ans d'émission de sang, de glaires et même de débris de tumeur, sembla guérie sans aucun traitement pendant 10 ans, pour évoluer rapidement ensuite vers la cachexie et la mort.

*
**

Ces troubles fonctionnels et généraux sont au fond identiques, à quelques nuances près, dans les trois formes, on le voit. Si nous voulons cependant, dans une synthèse, indiquer ce qui appartient un peu spécialement à chacune d'elles, il semble que l'adénome

solitaire soit surtout l'apanage de l'enfant, qu'il se marque par des hémorragies minimales, souvent répétées, des crises de prolapsus et la conservation d'un bon état général. Le polype vilieux survient après 45 ans, chez l'homme surtout, il a cette pseudo-diarrhée séro-muqueuse que nous avons dite, sa fragmentation assez rare mais typique, avec émission de débris par les selles, ses hémorragies, et, lui aussi, une conservation de l'état général excellent, moins longue pourtant que dans la forme précédente. La polypose essentielle enfin, beaucoup plus rare, se voit surtout dans le jeune âge, de 10 à 20 ans, la diarrhée, les hémorragies y sont fréquentes, avec des crises pseudo-dysentériques, l'état général est touché après un temps variable, avec amaigrissement, anémie, et les troubles trophiques qu'après BENS AUDE, nous avons signalés. Tout cela pourtant ne suffit pas à les différencier, le diagnostic véritable restant basé sur l'examen physique.

En présence de l'un ou l'autre de ces troubles, d'une façon systématique même, le toucher rectal s'impose; on a vu de quel précieux apport il fut chez notre malade. Le doigt explorera à l'aller et au retour toute l'étendue du rectum, le malade couché et aussi penché en avant, avec la douceur la plus grande et en invitant par un massage léger et un peu prolongé, l'anus à s'ouvrir suivant la technique de R. BENS AUDE. Il reconnaîtra la moindre saillie, la moindre sensation de masse gélatineuse, de replis mous du polype vilieux, la tuméfaction plus dure,

plus arrondie de l'adénome; il recherchera le pédicule dont il explorera la circonférence, étudiant son implantation, sa mobilité sur les plans profonds et ne ramènera, même après un examen prolongé, aucune trace sanguinolente. Il cherchera aussi les petites saillies aberrantes, sessiles ou étalées.

Une rectosigmoïdoscopie en sera le complément indispensable, elle explorera tout le rectum et la partie accessible du sigmoïde; on en trouvera la technique dans « Le Traité d'Endoscopie » de R. BENSAUDE, et ses résultats, avec figures, dans le Tome III de ses « Maladies de l'Intestin ». La tumeur villeuse se verra parfois comme une masse nette d'apparence velvétique, grâce aux villosités qui la recouvrent; plus souvent, ce ne sera qu'une masse glaireuse, sous laquelle la tumeur rosée n'est qu'à peine perceptible. On sera en effet surpris de la quantité de glaires qui inonde le rectoscope et dont la diarrhée séro-glaireuse, décrite plus haut, n'est que l'extériorisation. C'est un signe important, comme la mollesse et la dépressibilité de la tumeur qui s'efface devant le rectoscope et est assez spéciale au polype villeux.

L'adénome solitaire, les adénomes multiples, se présentent comme des masses arrondies, régulières, non ulcérées, de petite taille, presque toujours rouge vif, avec parfois un aspect de peau de crocodile, attachées à un pédicule pouvant mesurer plusieurs centimètres. Dans la polypose enfin, la muqueuse est recouverte de grappes rouges, comme des fram-

boises, du volume d'un grain de chenevis à celui d'un marron, plus ou moins roses, avec, essaimées entre elles, des petites saillies multiples, sessiles ou pédiculées, encombrant le rectum mais laissant passer le rectoscope. Dans tous les cas, cette rectoscopie devra être répétée, certains polypes étant à éclipse, parce que remontant ou se cachant derrière une valvule, et de toute nécessité une biopsie sera pratiquée, intéressant autant que possible plusieurs points à la surface libre de la tumeur, la première atteinte par la cancérisation, nous l'avons dit.

Une radioscopie-graphie en sera le complément utile, parfois nécessaire. Il est rare, comme le dit R. BENS AUDE, de voir au cours d'un lavement opaque, un adénome ou un polype vilieux; cependant, s'il se présente de profil, l'on reconnaîtra parfois son pédicule d'implantation surmonté d'une petite image circulaire. En général pourtant l'intestin s'injecte trop rapidement et la tumeur passe inaperçue; il en fut ainsi dans nos observations n^{os} 1, 2, 4 et 5; et si, pour le malade de l'observation N^o 3, une première exploration par lavement baryté fit présumer l'existence d'une lésion, grâce à son arrêt au niveau du sigmoïde, ce fut le diagnostic de néoplasme et non celui de polype qui fut porté. Aussi doit-on recourir à une méthode différente, surtout à celle de FISCHER; elle se résume à donner un lavement opaque, à le laisser s'évacuer, puis à insuffler de l'air dans l'intestin; le polype, enrobé du milieu de contraste, tranche alors sur la clarté intestinale. R. BENS AUDE

dût à cette technique de diagnostiquer l'existence d'un polype à demi caché par une valvule, qu'une première endoscopie n'avait pu faire reconnaître. Pour la polypose, l'examen radiologique a au contraire une importance que R. BENSAUDE et son élève CONSTANTIN ont été les premiers à signaler, la méthode de FISCHER avec celle de l'imprégnation colloïdale à l'aide des sels de Thorium, surtout avec des clichés stéréoscopiques, montreront en négatif, sous forme de cercles ou d'aspect de champignons clairs, les polypes et leurs pédicules. Il en résulte un aspect tigré, réticulé, « marécageux », en mie de pain, admirablement étudié par BENSAUDE, qui en fournit, dans son livre, des images très suggestives. Ainsi seront décelés les innombrables polypes qui peuvent parsemer tout le gros intestin ou quelques-uns de ses segments, ou même s'étendre plus haut à l'intestin grêle par exemple. Cette image sera d'importance au point de vue thérapeutique, puisqu'elle montrera si la polypose est localisée ou non et si elle peut être enlevée chirurgicalement ou seulement soumise à la simple radiothérapie, dont nous dirons l'inefficacité.

SIGNES ET CARACTERES DE LEUR DEGENERESCENCE MALIGNE

La dégénérescence des tumeurs bénignes épithéliales du rectosigmoïde constitue l'essence même de ce travail, elle doit être envisagée au point de vue clinique et histologique. Cliniquement cette cancérisation ne peut être que soupçonnée par des signes que nous appellerons de présomption, qui, malgré leur incertitude, n'en sont pas moins nécessaires à connaître, on le comprend.

C'est tout d'abord le type de la tumeur, le polype solitaire se cancérisant rarement, le polype rectosigmoïdien et surtout le polype vilieux le faisant d'une façon presque inéluctable. Ce n'est pas à dire pourtant que la tumeur que l'on présume et même que l'on constate n'en soit pas encore à cette phase de bénignité, que nous savons si longue dans les deux premières formes tout au moins. C'est ensuite l'état général déficient avec amaigrissement, mais ici il s'agit d'un symptôme tardif, fréquent dans la polypose, nous l'avons vu. Ce sera surtout la répétition des hémorragies qui, rares jusque là, deviennent fréquentes, réitérées et aussi, la fragmentation de la tumeur avec expulsion de débris qui accompagnerait la dégénérescence, au dire de BENS AUDE. Le toucher

rectal montrant la perte de la mobilité, de l'élasticité de la masse, et ramenant du sang, chose inaccoutumée jusque là, est un signe de valeur indiscutable. Le rectoscope enfin faisant constater cette dureté inhabituelle, un aspect vilieux moins net, une sécrétion muqueuse moins abondante, plus séro-hémorragique, enfin une tumeur ulcérée, à pédicule plus épais, ne s'effaçant plus devant lui et saignant au moindre contact, sera encore plus explicite. Un point à noter, prouvé par des faits nombreux, est la cancérisation presque fatale et souvent rapide, d'une récidive d'un polype enlevé d'une façon insuffisamment large et souvent reproduit sous une forme bénigne. Tous les auteurs l'ont signalée, BENSAUDE et ses Elèves en particulier.

L'examen histologique constitue le seul signe de certitude. Il n'est pas d'ailleurs dénué de difficulté et R. BENSAUDE et CAIN, dans le Tome I des « Maladies de l'Intestin » de R. BENSAUDE, se sont appliqués à en donner les caractéristiques essentielles et à discuter la valeur des données fournies par lui. A un premier degré, l'on constate la diminution, puis la disparition des cellules à mucus et la modification des cellules cylindriques qui deviennent cylindrocubiques, perdent leur régularité, se colorent plus intensément et dont les noyaux plus volumineux sont globuleux, occupant le centre de la cellule. Les mitoses sont nombreuses et orientées en tous sens. Dans ce cas le tube glandulaire dans l'adénome, l'assise épithéliale dans la tumeur vilieuse, ont pourtant

gardé leur membrane propre, aussi la néoplasie n'est-elle pas absolument certaine. C'est là, reconnaissons-le, ce qui fut noté dans la biopsie de l'observation N° 1 et si l'histologiste l'étiqueta « épithélioma cylindrique au début » ce diagnostic serait, discutable, au dire de BENSAUDE.

Un examen complet du polype après son ablation aurait été nécessaire pour en donner la certitude, il ne fut malheureusement pas effectué. Il en est de même pour l'observation N° 3 où la dégénérescence ne semble pas certaine même sur la pièce entière qui fut intégralement examinée.

A un degré de plus, l'on constatera une atteinte de la membrane propre avec pénétration de la *muscularis mucosæ*. Enfin à un troisième degré, existeront des bourgeons bien constitués en nombre considérable, qui pénétreront dans la zone sous muqueuse, et c'est à peine parfois, si au milieu de ce tissu anarchique, se décèleront des reliquats de l'adénome ou du polype vilieux primitif. Notre observation N° 2 avec sa disposition étagée des noyaux de l'épithélium, l'évolution des tubes dans la profondeur, leur transformation en massifs secondairement troués, se rapporte au deuxième degré et même au début du troisième par cette tendance vers la forme atypique des éléments. Il en était de même, croyons-nous, car les données fournies par l'anatomo-pathologiste sont très incomplètes, dans l'observation N° 6.

Tous ces examens seront pratiqués sur les fragments enlevés au cours des biopsies effectuées d'une

façon systématique, nous l'avons dit, toujours répétées et intéressant les divers points de la surface libre du polype, siège de règle du début de la cancérisation. Parfois ils porteront aussi sur les débris éliminés spontanément. Enfin au cas de doute, il faudra enlever la tumeur aussi largement que possible par voie naturelle, la couper, l'inclure et l'étudier dans sa presque totalité, pour savoir exactement si oui ou non elle est en voie de dégénérescence.

Une dernière question doit se poser ici : à savoir si l'on peut, à la phase de bénignité, inférer de la nature histologique de la surface d'un polype pour prévoir d'une façon plus ou moins certaine sa cancérisation ultérieure. C'est ce qu'ont affirmé SCHMIEDEN et WESTHUES, dans leur travail sur la valeur du degré de dédifférenciation cellulaire. Pour eux, les polypes vrais se diviseraient en trois groupes : le premier bénin, le second relativement bénin ou malin suivant les cas, le troisième nettement malin, les polypes inflammatoires et les pseudo-polypes étant éliminés. Les polypes du groupe I à cellules claires, constitués par un tissu glandulaire typique, n'ont pas tendance à se cancériser, ni à passer au groupe suivant; ils renferment la plupart des adénomes solitaires. Ceux des groupes II et III ont cette cellule sombre, en palissade, dédifférenciée selon leur expression et que QUÉNU et LANDEL avaient antérieurement étiquetée cellule sombre épithéliomatheuse. Or cette dédifférenciation gagne d'une façon progressive et régulière tout l'arbre glandulaire dans le groupe II, alors que, dans

le groupe III, elle est extrêmement marquée à la surface et à la périphérie, s'accompagnant de proliférations cellulaires intenses, le centre au contraire restant clair; la tumeur perd ainsi tous ses caractères habituels qui la faisait reconnaître et que WESTHUES appelle organoïdes, et elle semble marquer déjà une tendance évolutive et peut-être dégénérative.

A ces groupes II et III appartiennent les tumeurs villeuses, et la polypose essentielle. Les travaux récents de TONNESSEN, de BENSAUDE et de ses élèves, ont montré par des faits précis, que certains polypes nullement dédifférenciés se cancérisent, alors que d'autres appartenant au groupe II sont restés de nombreuses années indemnes, tout en ne méconnaissant pas l'importance de cette dédifférenciation déjà mise en valeur, nous l'avons dit, par les auteurs Français QUÉNU et LANDEL.

IMPORTANCE DE LA DEGENERESCENCE DES TUMEURS BENIGNES DANS L'ETIOLOGIE DES CANCERS RECTO-SIGMOIDIENS

Ces notions sur les tumeurs bénignes du segment terminal de l'intestin et leur dégénérescence établie, pouvons-nous en tirer quelques données précises concernant la genèse des innombrables cancers de cette région ? Le néoplasme rectal est-il souvent d'origine polypeuse ou au contraire cette dernière est-elle rare, sinon exceptionnelle ? Sur ce point les avis diffèrent et si classiquement cette étiologie était considérée comme rare, malgré les travaux de QUÉNU et LANDEL, de HARTMANN etc... elle tend à être donnée comme fréquente actuellement, comme en témoignent les publications auxquelles nous avons fait si souvent allusion, de R. BENS AUDE, de LAMBLING, CAIN, A. BENS AUDE en particulier.

L'Ecole allemande avec SCHMIEDEN et WESTHUES soutient qu'elle est presque de règle. Ce problème est difficile à résoudre, le cancer, même étudié sur des pièces opératoires, étant trop souvent étalé, infiltré et ulcéré, pour qu'il soit possible d'y trouver la trace d'un polype antérieur dégénéré. Nous avons dit que WESTHUES, histologiquement n'avait pu constater des

reliquats polypeux que dans 15 % des cas étudiés par lui et qu'il s'appuyait, pour soutenir sa thèse, sur l'importance des cellules dédifférenciées et la fréquence des polypes des types 2 et 3 de sa classification, d'une part; d'autre part, sur la coexistence si souvent constatée de petits adénomes aptes à dégénérer autour des cancers opérés, à la condition que cette résection soit assez large pour qu'ils ne passent pas inaperçus; et aussi sur ce fait que les tumeurs bénignes et malignes ont le même siège de prédilection au niveau du rectosigmoïde.

Considérant enfin plus spécialement les tout petits cancers dont il donne quelques exemples, il soutient qu'ils ne sont que la dégénérescence d'un certain nombre d'adénomes minuscules, puisque, dit-il, leurs dimensions sont toujours supérieures à celles de ces petites tumeurs malignes. CAIN et A. BENSAUDE ont réfuté cette assertion en apportant six observations inédites de ces petits cancers, pour lesquels ils ont montré histologiquement un point de départ en muqueuse saine, se faisant soit en surface, soit profondément, mais toujours d'emblée, sans réaction polypeuse préalable. N'oublions pas enfin, et LAMBLING y insiste, qu'il existe un épithélioma dendritique qui est aussi une tumeur maligne d'emblée et non une tumeur villeuse dégénérée.

Ainsi devons-nous, avec les autres français, dire que si le point de départ polypeux du cancer rectosigmoïdien est fréquent, il n'est pas à la règle.

TRAITEMENT

Le traitement se résume quand elle est possible, à l'ablation de la tumeur. Elle s'impose d'une façon systématique pour le polype vilieux dont la cancérisation ultérieure est presque fatale. Le radium et la radiothérapie sont à rejeter il en est de même de l'électro-coagulation et de la fulguration qui, même correctement mises en œuvre, ne donnent qu'une guérison relative, suivie d'une récurrence fréquente, récurrence qui aboutit, on le sait, à une dégénérescence rapide.

L'exérèse sera donc chirurgicale : elle se fera toutes les fois qu'il s'agit d'une tumeur bénigne non dégénérée, à pédicule étroit et unique, par voie naturelle, la résection portant sur la totalité du pédicule et enlevant à sa base une couronne de muqueuse saine. L'on aura recours non à l'anesthésie locale, ni même à l'anesthésie générale, mais à la rachianesthésie, qui seule permet d'obtenir une atonie sphinctérienne complète, une dilatation anale maxima.

L'on pratiquera une hémostase minutieuse par ligature directe des vaisseaux et non par ligature en masse, cette tumeur étant extrêmement vascularisée et une hémorragie ultérieure étant à craindre. Cette technique n'est d'ailleurs possible que lorsque le siège du

polype en permet un abaissement suffisant, sans oublier que parfois cet abaissement entraîne le fond du cul-de-sac de DOUGLAS qui pourra être, le cas échéant, intéressé et demande à être suturé avec soin.

Toutes les fois que l'ablation par voie naturelle est impossible, toutes les fois surtout que l'on aura des signes de dégénérescence, la résection ou l'amputation rectale s'impose, la résection rectale, plus difficile peut-être, étant pourtant préférable puisqu'elle respecte le sphincter. C'est à elle que le Dr NÉDELEC eut recours, usant de la méthode de Cunéo, pour les malades N° 1 et 2, qui en dépit de quelques incidents ultérieurs, obtinrent d'excellents résultats, alors que le Dr NAULLEAU, à la suite d'une extériorisation préalable, pratiqua chez notre malade N° 3, une colectomie partielle avec succès.

Le polype solitaire est au contraire justiciable de la fulguration au moyen du serre-nœud diathermique de BRUNINGS. L'on en trouvera la technique détaillée, avec figures explicatives, dans le Tome III des « Maladies de l'Intestin » de R. BENSAUDE, pages 188 à 193.

Quand aux polypes multiples de la polypose, s'ils sont groupés, le traitement chirurgical avec résection du segment malade est de rigueur, en y adjoignant, pour les polypes restant, l'électro-coagulation. La radiothérapie sera au contraire essayée sur la polypose absolument diffuse, sans grand succès d'ailleurs. Le traitement curiéthérapique tenté dès 1916 par R. BENSAUDE et CONSTANTIN avec succès, lui semble supérieur, soit par voie intra-rectale, soit après colos-

tomie. Il aurait donné à WHEELER un bon résultat maintenu après un an.

Notons en terminant, qu'un polype, même en voie de dégénérescence, largement enlevé et qui ne récidive pas au bout de trois ans, ne saurait, au dire de BENSAUDE, aboutir à une cancérisation secondaire; par suite notre première malade opérée il y a six ans, et la seconde opérée il y a trois ans et demi, restées indemnes depuis, peuvent être considérées comme définitivement guéries.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1.

(Due à l'obligeance du P^r DENÉCHAU.)

Madame B..., 32 ans, d'antécédents héréditaires excellents, mère de trois enfants bien portants, réglée à 14 ans, d'une façon régulière et sans aucune maladie antérieure, vient consulter le 24 février 1933, pour des crises douloureuses au creux de l'épigastre, s'irradiant à l'omoplate droite, à maximum nocturne, apparaissant assez brusquement pour se calmer après quelques jours. La première a débuté à l'âge de 26 ans, il y a 6 ans et trois d'entre elles ont été suivies d'un ictère dont l'un semble avoir été important. Par ailleurs, elle est extrêmement constipée, et se plaint d'amaigrissement et de fatigue.

L'examen a montré une femme robuste, nettement cholémique, sans rien de net aux poumons ni au cœur; l'estomac est grand, clapotant après 8 heures de jeûne, le foie légèrement gros avec signe de Murphy net au point vésiculaire et douleur également à la percussion appuyée; l'intestin est spasmodique sans rien autre, les reflexes sont normaux. Le diagnostic de lithiase biliaire est évident.

Tout était donc simple, n'était un toucher rectal pratiqué comme nous avons coutume de le faire chez les digestifs, d'une façon systématique. Or, il nous montre, à 10 centimètres au-dessus de l'anus, sur le versant gauche du rectum, un polype de la grosseur d'une petite noix, nettement pédiculé, mou et s'effaçant facilement au palper, semblant isolé et ne saignant pas, même après un examen prolongé. Il est à noter que cette femme n'a jamais eu, en dehors de sa constipation, la moindre gêne de ce côté, jamais d'hémor-

ragie même minime et elle est minutieuse et observatrice, jamais d'émission de glaires ni de liquide et jamais ses selles, qui sont dures et en billes, n'ont été recouvertes de membranes et encore moins de traînées sanguines.

Cette trouvaille la surprend, elle n'y attache aucune importance, et c'est avec une difficulté très grande que nous obtenons de faire une rectoscopie le 1^{er} mars 1933. Nous constatons une masse de la grosseur d'une noix, turgescente et rouge nettement mamelonnée, polylobée, assez longuement pédiculée et présentant un cheveu de villosités, agglutinées entre elles; elle s'efface facilement pour laisser passer le rectoscope, ne saigne à aucun moment et ne présente aucune trace d'ulcération. Autour d'elle, la muqueuse est saine, sans trace d'autres polypes même sessiles, tout au moins dans les 22 centimètres que nous pouvons explorer, elle est pourtant un peu vascularisée mais nous ne constatons aucune ulcération, aucune escoriation, pas plus d'ailleurs que d'hémorroïdes appréciables. Malgré cet aspect très anodin, nous trouvant en présence d'un polype nettement vilieux, nous prélevons à son extrémité libre, deux fragments pour examen histologique.

Quelques jours après, nous pratiquons une radioscopie de haut en bas qui ne montre rien de précis, si ce n'est un point vésiculaire sensible et une légère attraction à droite du pylore. Enfin le transit intestinal est satisfaisant jusqu'à l'angle gauche du transverse tout au moins, l'intestin est légèrement spasmodique mais non douloureux et mobile. Un lavement baryté complète cette recherche, il passe avec la plus grande facilité et nous permet de ne constater aucune trace du polype en question, même après évacuation de la baryte, mais sans insufflation d'air, il est vrai.

L'examen histologique pratiqué par le P^r PAPIN, a donné le résultat suivant : « Les débris de tumeur ont la même structure. Le revêtement est un épithélium cylindrique épais, renfermant beaucoup de cellules caliciformes remplies de mucus. Le stroma est un tissu fibrillaire infiltré de plasmocytes. De petits faisceaux de fibres lisses s'y trouvent en faible nombre. Des tubes glanduliformes larges, dilatés, sont séparés par le stroma. Ils sont tapissés d'un épithélium cy-

lindrique très épais ou les noyaux très longs sont étagés. Beaucoup de cellules sont remplies de mucus et ont pris le type caliciforme. Cet épithélium renferme un nombre considérable de mitoses. On peut considérer cette tumeur comme un épithélioma cylindrique au début. »

Il s'agissait donc d'un polype vilieux à cellules différenciées, mais aussi à cellules claires mucipares comme en ont signalé R. BENSAUDE, A. CAIN et A. LAMBLING¹, et dont la dégénérescence était seulement amorcée, puisque la fonction mucipare n'était pas entièrement disparue. Cette constatation et aussi la certitude actuellement prouvée de la cancérisation fatale d'une semblable tumeur, nous décida à une intervention immédiate.

Sans doute l'ablation par les voies naturelles eut pu être envisagée; le D^r NÉDELEC consulté préféra la résection périméale du rectum (Opération de Cunéo). Elle fut effectuée le 22 mars et le 20 avril, la malade sortait pratiquement guérie; une perte de substance à la paroi vaginale inférieure avec fistule où passent quelques matières, et une seconde fistule à la partie antérieure et supérieure du sphincter, nécessitent ultérieurement deux interventions complémentaires qui aboutissent à une continence pratiquement complète. Depuis, cette femme inquiète, fut revue cliniquement et radioscopiquement par nous et par son chirurgien à maintes reprises, accusant tantôt du prurit vulvaire, tantôt des algies dans la région lombaire. Malgré ses misères, elle a repris son poids de jadis et une vie pratiquement normale. Les rectoscopies et les examens répétés ont montré, après six ans, l'intégrité de la muqueuse du rectum dans toutes les parties explorées.

OBSERVATION N° 2.

(Due à l'obligeance du P^r DENÉCHAU et du D^r NÉDELEC.)

Mademoiselle M..., 41 ans, d'antécédents héréditaires excellents, a présenté à 24 ans une crise de rhumatisme articulaire aigu qui a duré près d'un an et semble avoir intéressé le cœur, sans récidence. Elle n'a fait aucune maladie grave, quoique plutôt un peu débile jusqu'à il y a quatre ans.

C'est en Août 1935, en effet, qu'apparaissent sans cause des troubles intestinaux marqués essentiellement par de la diarrhée qui atteint 5 ou 6 selles par 24 heures, selles molles, glaireuses, souvent apparaissant plutôt après les repas, elle est continue, s'exagérant par périodes où les selles sont plus fréquentes, impérieuses et renferment du sang, mélangé aux matières. Il existe alors du ténésme et quelques épreintes.

Le mois suivant, vers le 20 septembre, ces hémorragies deviennent abondantes, elles se répéteront d'une façon journalière. L'état général se prend, la malade pâlit, perd ses forces et à ce moment pour la première fois, elle accuse une sensation nette de corps étranger dans le rectum qui vient faire saillie à l'anus et qui est de la grosseur d'une noix environ. C'est alors qu'elle vient consulter en Octobre 1938.

A l'examen, on est en présence d'une femme pâle, aux traits tirés, amaigrie; l'abdomen n'est pas ballonné, il est muet, sans borborygmes. L'estomac est grand, clapotant, l'intestin chiffon ne montre au palper aucune résistance anormale. Le foie par contre est gros, un peu douloureux, son bord inférieur dépassant de près de quatre travers de doigt les fausses côtes. Au toucher rectal on sent à la face antérieure du rectum, à 5 centimètres environ de l'anus, une masse polypeuse, du volume d'une grosse prune, nettement pédiculée, à surface muriforme, de consistance souple mais pas véritablement molle. La rectoscopie confirme tout cela et ne décèle pas de polype aberrant.

Une première intervention est pratiquée sans retard, le 14 octobre. Après dilatation de l'anūs, on aperçoit le polype dont le pédicule est lié fortement par deux catguts, puis sectionné au thermocautère. Il se présente comme une masse du volume d'une grosse prune, à la surface nettement muriforme, appendu à la face antérieure du rectum par un pédicule assez épais, mesurant deux centimètres de large. L'examen histologique indique une tumeur villositaire mais la disposition étagée des noyaux, la fréquence des mitoses, l'évolution des tubes dans la profondeur leur transformation en massifs secondairement troués, montrent qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique en évolution vers la forme atypique.

Dans ces conditions, une exérèse plus large est décidée; elle a lieu le 16 novembre : Sous rachis-syncaïne on fait un abaissement du sigmoïde avec résection complète de l'intestin.

L'examen macroscopique de la pièce montre : une lésion bourgeonnante de la dimension d'une pièce de deux francs, présentant 3 bourgeons circonscrivant une petite dépression centrale. Cette lésion est dépassée en hauteur dans l'exérèse de 5 cm. environ.

La plaie opératoire a très bien cicatrisé, mais il existe un véritable effondrement pelvien. On décide de réintervenir, et le 3 juin 1936, sous-anesthésie au balsoforme : Laparatomie médiane sous-ombilicale :

1°) On vérifie d'abord l'état du colon, on ne sent aucun ganglion dans le méso-sigmoïde.

2°) On pratique une hystéropexie isthmique. L'évolution est normale, les selles sont devenues presque régulières mais peu à peu apparaissent des troubles urinaires. Un énorme prolapsus se forme, comprenant d'arrière en avant le rectum, le col utérin et l'isthme, et plus en avant la vessie. On intervient de nouveau le 24 octobre 1938 :

1°) Columisation en surface du petit bassin.

2°) Opération de Marion en avant pour remonter la vessie.

3°) Ventro-fixation isthmique, plus fixation à la Doléris.

L'examen approfondi du rectum et du sigmoïde n'a montré aucune récidive.

En somme, polype villex incontestable, ne s'étant manifesté par aucun signe puis provoquant une diarrhée avec crises paroxystiques, bientôt mélangée de sang, enfin s'étant accompagnée de sensation de corps étranger et d'un degré de prolapsus intermittent de la tumeur. Diagnostic facile par le toucher rectal, ainsi que par la rectoscopie, ablation simple par examen histologique qui montre une évolution néoplasique déjà marquée, mais limitée à la périphérie. Large ablation par la méthode de Cunéo, incident ultérieur mais en fait guérison qui persiste après trois ans.

OBSERVATION N° 3.

(Due à l'obligeance du P^r DENÉCHAU et du D^r NAULLEAU).

Monsieur B..., 65 ans, ancien entrepreneur en maçonnerie, vient consulter le 22 juillet 1937, pour des crises de constipation accompagnées de coliques violentes dans le flanc et la fosse iliaque gauche. D'antécédents héréditaires excellents, marié, père de cinq enfants, il nie toute syphilis et tout alcoolisme. Il n'a jamais été aux colonies et n'aurait jamais eu de dysenterie. Fatigue par la guerre et après elle par un travail intensif et prolongé, il présente, vers 1926, des troubles gastro-intestinaux assez imprécis, déjà marqués par une constipation accompagnée de dépression nerveuse. Il abandonne son travail et depuis dix ans, se trouvant sans force et inquiet, il ne s'occupe plus qu'à quelques travaux de jardinage.

Pendant sept ans, il n'accuse aucune douleur abdominale, mais simplement une poussée d'eczéma qui dure deux mois et qui le préoccupe. Il y a quatre ans, en 1933, apparaissent dans la nuit, des douleurs dans le flanc et la

fosse iliaque gauche, avec constipation qui cède en quelques jours pour réapparaître un an plus tard, en 1936, cette fois sous forme d'une crise douloureuse intense, toujours à gauche, s'accompagnant d'envie de pousser et d'émettre des gaz qu'il rend difficilement.

Depuis lors, ses crises se répètent fréquemment, surtout la nuit entre une heure et 4 heures, avec toujours besoin d'émettre des gaz par en bas, les selles sont d'ailleurs difficiles, quelquefois glaireuses mais pas sanguinolentes. Il consulte un chirurgien dans une ville voisine, qui fait pratiquer un examen radioscopique et radiographique de haut en bas et par lavement baryté. Ce dernier aurait montré un certain arrêt dans la progression du liquide opaque au niveau du colon gauche. Une intervention est préconisée mais non acceptée.

Quelques jours après, en Juillet 1937, il consulte son médecin habituel, le D^r C... qui, ne trouvant rien au palper, fait refaire un nouvel examen à l'écran, pratiqué cette fois de haut en bas avec remplissage intégral du gros intestin. L'estomac et le gros intestin se remplissent d'une façon régulière, l'on ne constate aucune anomalie. C'est alors que le D^r D... appelé à l'examiner, trouve un homme robuste, au faciès plutôt coloré, à la langue blanche, sans rien de net aux poumons ni au cœur, sans ganglion sus-claviculaire, l'abdomen n'est pas ballonné, il n'existe pas d'anse visible saillante. Le palper permet de suivre tout le gros intestin qui semble normal, sauf tout à fait à gauche au-dessus de l'arcade de Falope où il semble exister une masse anormale, non douloureuse, semblant appartenir à l'S iliaque. Par ailleurs, le foie et la rate sont normaux, ainsi que les réflexes et la pression artérielle.

Le toucher rectal pratiqué minutieusement à plusieurs reprises est pourtant négatif. Une rectoscopie est alors mise en œuvre : elle montre quelques hémorroïdes insignifiantes, et au-dessus une muqueuse ano-rectale légèrement enflammée, un rectum large normal, mais, à 19 centimètres de l'anus, se perçoit un polype du volume d'une très grosse cerise, pédiculé, siégeant à gauche vers 10 heures, surmonté

d'un petit nodule sessile du volume d'un petit pois. L'un et l'autre sont rouges, nettement framboisés, ne sont pas douloureux, ne saignent pas au contact des instruments devant lesquels ils se dépriment; la muqueuse dans leur intervalle et à leur pourtour est normale.

Une biopsie est effectuée, elle indique une tumeur constituée par des axes conjonctifs et vasculaires, ramifiés, infiltrés de leucocytes, revêtus d'un épithélium cylindrique dont les cellules sont de deux ordres : les unes à plateau, les autres mucipares. Dans de nombreux endroits, cet épithélium est épais, avec noyau étagés, présentant des mitoses fréquentes, et d'orientation multiples. Dans certains points, elles tendent nettement à devenir cylindro-cubiques et présentent un noyau arrondi.

Le diagnostic histologique indique une tumeur vil-leuse vraisemblable en voie de dégénérescence.

Ajoutons que plusieurs examens de matières ont été effectués; ils n'ont rien montré de spécial et quatre échantillons au moins n'ont donné aucune réaction positive au Weber, au Meyer et au Pyramidon.

L'intervention est alors acceptée. Le D^r THOUVENIN, le 26 août 1937, pratique, sous anesthésie générale, une laparotomie médiane, il explore tous les colons et spécialement l'anse sigmoïde et, ne trouvant rien, est sur le point de re-fermer, lorsque, au palper minutieux, il constate, au niveau de ce dernier, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, mobile, mais qu'on ne peut, croit-il, déplacer en totalité. Il extériorise l'anse intestinale correspondante, voulant dans les quelques jours suivants, pratiquer une résection partielle de la paroi intestinale au niveau de l'implantation du polype, suivie d'une réunion immédiate. Le D^r THOUVENIN malade doit remettre à plusieurs fois cette intervention, qui n'est pratiquée, en son lieu et place, que le 25 septembre par le D^r NAULLEAU, lequel est obligé, après ce long temps, de sectionner perpendiculairement à son axe, l'anse extériorisée. Il découvre à deux centimètres au-dessous de l'ouverture, un polype s'implantant par un pédicule étroit de 3 centimètres de long, sur la muqueuse, polype du volume d'une cerise, à surface muriforme, de consistance molle. Il

en pratique l'ablation avec une collerette de la muqueuse sur laquelle il s'insère. Une recherche minutieuse pourtant ne lui a pas montré d'autre formation anormale, en particulier la petite masse sessile constatée à la rectoscopie et recherchée pourtant systématiquement par lui. Les adhérences serrées, liées à l'extériorisation si longue préalable, l'obligent à une troisième intervention qui ne sera faite que le 9 février 1938, soit quatre mois et demi après la seconde. Pendant ce temps, le malade malgré son anus iliaque, a engraisé de près de 6 kilogs. La fermeture de cet anus, faite régulièrement, donne des résultats excellents, le malade peut s'alimenter, il émet des gaz le troisième jour et des selles spontanées le cinquième. Il quitte la clinique et reste bien portant, ayant des selles régulières, ne souffrant plus depuis deux ans maintenant.

L'examen histologique du polype extirpé, a montré qu'il s'agissait bien d'une tumeur villeuse avec un revêtement épithélial, le plus souvent à cellules épaisses, foncées, à noyau allongé, avec quelques cellules caliciformes. Les mitoses sont rares, il n'y a pas d'infiltration épithéliale anormale dans le pédicule, la dégénérescence était donc absolument superficielle à la périphérie du polype.

OBSERVATION N° 4.

(Due à l'obligeance du P^r DENÉCHAU et du D^r NÉDELEC).

Monsieur J..., 75 ans, d'antécédents héréditaires excellents : père mort à 86 ans, mère morte à 70 ans, un frère et une sœur bien portants. Un enfant bien portant, sa femme n'a pas fait de fausse couche. Personnellement, il n'aurait eu aucune maladie, sauf en Avril dernier, soit trois semaines avant son arrivée, un ictus avec coma ayant duré

4 heures, suivi d'un peu de parésie du membre supérieur et inférieur gauche. Quatre mois plus tôt, les membres de côté opposé auraient été légèrement parésiés de la même façon, cette double hémiplégie ayant d'ailleurs cessé spontanément en quelques jours.

Il est adressé, en Août 1938, à la Clinique St-Louis, au chirurgien le D^r NÉDELEC, pour coliques importantes avec ballonnement du ventre et anses visibles sous la paroi de l'abdomen, animées de mouvements péristaltiques, accompagnés pourtant de selles molles, peu importantes, mais au nombre de 5 ou 6 par jour, souvent émises inconsciemment, et aussi d'épreintes, de ténésme et surtout de faux besoins. Ces selles ne renferment ni sang, ni débris suspects. Il est à noter d'ailleurs que cet homme est un diarrhéique chronique et que depuis son jeune âge, mais surtout depuis une vingtaine d'années, il y a trois ou quatre selles journalières, molles, souvent diarrhéïques, s'exagérant par poussées, avec quelques épreintes. Le diagnostic de néoplasme au niveau de la partie inférieure de l'intestin semble vraisemblable, d'autant que l'état général est extrêmement mauvais avec dénutrition et amaigrissement énormes.

Le toucher rectal ne montre aucune masse rectale, la prostate est grosse, un peu dure, il ne semble pas y avoir de rétention d'urine. Un lavement baryté est alors pratiqué, il remplit facilement le rectum et pénètre dans le début du sigmoïde, puis il s'arrête et aucune manœuvre ne permet d'obtenir une nouvelle progression; après quelque temps d'ailleurs, sans que l'obstacle puisse être franchi, le liquide reflue abondamment par l'anus. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, mais normaux, les plantaires en flexion, réflexes oculaires normaux. L'urée du sang n'est qu'à 0,36, les réactions de Wassermann et de Meinicke négatives.

Une rectoscopie, le 2 septembre, montre à 14 centimètres au-dessus de l'anus, un polype du volume d'un œuf, implanté sur la paroi antérieure, il est un peu pédiculé et empêche la progression de l'instrument. Bien qu'il ne saigne pas, sa surface rouge et légèrement ulcérée semble indiquer

une dégénérescence presque certaine, confirmée par la biopsie.

La biopsie a montré une masse végétante nettement vil-
leuse en certains points, constituée par un axe conjonctif
et vasculaire ramifié, très infiltré de leucocytes, revêtue d'un
épithélium à cellules cubiques avec mitoses fréquentes, gros
noyau arrondi s'infiltrant dans la profondeur, sous forme
de bourgeons pleins en apparence ramifiés. Il n'existe au-
cune trace de glandes et pas de cellules à mucus.

En somme vieillard de 75 ans, colitique chronique,
présentant depuis quelques mois des crises avec pa-
roxysmes douloureux, épreintes, ténésme, faux be-
soins et subocclusion, liés à un polype vilieux en
pleine dégénérescence.

Une intervention est proposée, le malade rentre chez lui,
s'y refusant d'une façon absolue. Il a été perdu de vue depuis.

OBSERVATION N° 5.

(Due à l'obligeance du P^r LENÉCHAU).

Monsieur J..., 49 ans, employé de Chemins de fer, d'anté-
cédents héréditaires et personnels excellents, est pris, assez
brusquement, en Juin 1938, sans raison, sans constipation
ni diarrhée préalable, de douleurs dans l'abdomen à maxi-
mum gauche, avec borborygmes, faux besoins, glaires san-
guinolentes. Il s'améliore après quelques jours, pour être re-
pris des mêmes accidents le 26 juillet; nouvelle détente, puis
rechute vers le 20 septembre, qui engage son médecin trai-
tant, le D^r C... à faire faire une radioscopie-graphie.

Or, si l'estomac, le duodénum et le grêle sont normaux,
le liquide opaque s'arrête au niveau de l'S iliaque, qui, après
quatre jours, soit 54 heures, n'en laisse passer qu'une partie

infime. L'exploration par lavement baryté n'a malheureusement pas été pratiquée. Il est adressé au Dr D., le 4 octobre, qui trouve un homme fatigué, à langue sale un peu noirâtre, des ganglions sus-claviculaires. Les poumons, le cœur, la pression artérielle, les urines, ne montrent rien d'anormal. Le ventre assez plat, permet de palper un foie qui déborde de trois travers de doigt, qui ne semble pas bosselé, et tout le gros intestin qui semble normal, sauf à gauche où l'on sent à son niveau, une masse dure, du volume et de la forme d'une banane, à peine douloureuse mais pratiquement immobile. C'est à ce niveau qu'aboutissent, au dire de l'intéressé, les contractions douloureuses et que se produit le glou-glou qui les termine. Le toucher rectal ne peut atteindre cette masse, qu'il permet de soupçonner cependant, si elle est abaissée par la main abdominale.

Le 6 octobre, une rectoscopie est pratiquée, elle montre un anus et un rectum normaux, et l'on trouve à environ quinze centimètres, un polype du volume d'une petite cerise, pédiculé, bien arrondi, ne saignant pas, dont on peut suivre tous les contours; immédiatement au-dessus, à 16 ou 17 centimètres, l'instrument est arrêté par une anse nettement œdématisée, dans laquelle il est impossible de pénétrer. L'on ne constate pas de bourgeons charnus, mais l'instrument retire quelques glaires sanguinolentes qui pénètrent dans sa cavité.

Le diagnostic est celui de néoplasme sigmoïdien, avec polype surajouté.

La biopsie a montré qu'il était composé de tubes glanduliformes, orientés en avant à partir de son centre. Ils sont revêtus d'un épithélium épais à sa surface, à noyaux minces, effilés et étagés, avec deci delà, quelques cellules mucipares, alors que celui de la partie profonde est simple et composé uniquement de cellules à mucus. Il n'existe pas de mitoses. L'axe du polype est une trame conjonctive fibrillaire, avec beaucoup de faisceaux et quelques follicules clos.

Il s'agit donc vraisemblablement d'un polype, mais surtout adénomateux solitaire coexistant avec un

néoplasme situé à quelques centimètres au-dessus de lui.

L'intervention a montré un cancer sigmoïdien extrêmement étendu, adhérent et fixé, qui n'a permis qu'une dérivation par un anus iliaque.

OBSERVATION N° 6.

(Personnelle).

Madame H..., âgée de 80 ans, sans antécédents héréditaires à noter et n'ayant présenté que quelques poussées hémorroïdaires depuis une vingtaine d'années, avec parfois hémorragies arrosant les selles, qui leur ont été attribuées, est prise en Mars 1938, d'envies fréquentes et impérieuses d'aller à la selle, avec faux besoins, s'accompagnant de l'apparition d'une tumeur au moment de la défécation. Chaque selle s'accompagne d'un léger suintement sanguin et doit être suivie de la réduction de la masse qui est aisée d'ailleurs et que la malade considère comme un paquet d'hémorroïdes procidentes.

Cette sensation de pesanteur anale augmentant, elle consulte le 28 mars. Au toucher rectal, seul pratiqué, l'on constate, au niveau de la paroi postérieure du rectum, à 4 centimètres au-dessus de l'anus, une tumeur pédiculée du volume d'une grosse châtaigne, de consistance un peu dure. Il n'a pas été pratiqué de rectoscopie. Le 30 mars, cette tumeur est enlevée par section du pédicule à l'anse diathermique, sans anesthésie. Il n'y eut aucun incident opératoire ou post-opératoire.

La tumeur prélevée, de couleur rose violacée, s'est montrée à l'examen histologique, comme un épithélioma à type cylindrique et colloïde, transformation de papillome.

Depuis l'intervention, la malade ne présente aucun faux besoin, aucune émission de sang par l'anus. Un toucher

rectal pratiqué tous les mois n'a fait percevoir aucune trace d'induration ni de récidence. L'état général de cette femme de 80 ans est excellent.

Il s'est agi en somme d'un polype dégénéré chez une femme de 80 ans pouvant être la cause des hémorragies attribuées auparavant aux hémorroïdes, qui s'est marqué assez subitement par des envies fréquentes, impérieuses avec ténesme et faux besoins, et des hémorragies fréquentes avec apparition de la tumeur à l'anus. Une intervention simple, rationnelle à cet âge, a fait disparaître tous ces ennuis.

CONCLUSIONS

1° Dans l'étiologie si obscure des cancers épithéliaux, un point semble acquis : leur développement fréquent aux dépens de tumeurs bénignes préexistantes, notion d'un intérêt non seulement théorique mais pratique, puisqu'elle permet, par leur ablation, un traitement préventif du cancer qui en est l'aboutissant.

2° Trois conditions sont pour cela nécessaires; la possibilité d'en faire un diagnostic précoce à leur stade de bénignité ou de début de cancérisation; une dégénérescence lente avec absence de généralisation pendant un temps suffisant pour les reconnaître et les opérer; enfin leur ablation aisée, par les voies naturelles, qui permette de les extirper sans délabrement et de contrôler leur caractère bénin par un examen histologique portant sur leur totalité.

3° Les tumeurs bénignes épithéliales de l'intestin terminal, appelées couramment polypes, remplissent toutes ces conditions, elles peuvent, grâce aux méthodes modernes d'examen, la rectosigmoïdoscopie suivie de biopsie surtout, être diagnostiquées d'une façon précoce, leur dégénérescence partie de leur surface libre, ne gagne en effet leur base d'implanta-

tion et les voies lymphatiques qu'après des années le plus souvent; enfin elles peuvent être extirpées, pour la plupart et pendant un temps très long, par l'anús, après rachianesthésie, et être examinées ensuite intégralement.

4° Elles sont au nombre de trois; la tumeur vilieuse, l'adénome bénin ou polype solitaire, les polypes multiples essentiels ou polypose rectocolique.

5° Histologiquement, le polype vilieux se caractérise par des prolongements dits villosités, poussant en hauteur, au-dessus du niveau de l'épithélium de l'intestin, autour d'un axe conjonctif qui se divise pour pénétrer les villosités, à la façon d'une armature véritable. Ses cellules sont de deux types : les unes hautes, serrées en palissade, ont un protoplasma sombre, des noyaux ovalaires placées d'une façon alternative à leur base et à leur partie moyenne, QUÉNU et LANDEL les ont dénommées cellules sombres épithéliomateuses, et WESTHUES, cellules différenciées. Les autres ne sont que des cellules à mucus à peu près normales.

Le polype solitaire et celui de la polypose essentielle sont formés par une masse de volume variable, en général pédiculée, parfois sessile, à surface unie, à consistance plus ferme, constituée par des culs-de-sac glandulaires hypertrophiées et proliférés, développés surtout en profondeur. Ils sont entourés par le tissu conjonctif qui ne leur sert plus d'axe comme tout-à-l'heure. Il s'agit, d'adénomes ty-

piques avec des cellules de revêtement, souvent presque uniquement muqueuses, mais, parfois aussi, hautes et sombres comme les cellules différenciées.

Unique, ce sera l'adénome solitaire; multiples, innombrables même, recouvrant parfois la totalité du gros intestin, ce sera la polypose essentielle rectocolique.

6° Ces tumeurs présentent des signes fonctionnels et généraux communs : les hémorragies rarement abondantes; la constipation, plus souvent la pseudo-diarrhée séro-muqueuse; un prolapsus intermittent avec parfois fragmentation et émission de débris de la tumeur. Trop souvent elles seront absolument latentes, restant muettes des années et n'étant reconnues qu'au hasard d'un toucher rectal, comme dans notre première observation.

7° L'examen physique aujourd'hui bien réglé en permettra le diagnostic. Il comporte d'abord le toucher rectal qui fera percevoir une ou plusieurs tumeurs, pédiculées ou non, molles ou un peu plus résistantes; puis la rectosigmoïdoscopie qui devra inspecter tout le rectum et la partie accessible du sigmoïde et montrera ces petites masses dans leurs diverses portions, leur implantation et la muqueuse qui les entoure; puis des biopsies parfois répétées des divers points de la surface des polypes, la première atteinte par la cancérisation. Les fragments prélevés seront étudiés par un histologiste compétent. Enfin la radioscopie-graphie, par lavement

opaque, suivi d'évacuation et d'insufflation d'air rectale, qui montrera en cas de polypose, un aspect « marécageux » bien décrit par R. BENSAUDE.

8° L'on reconnaîtra ainsi la tumeur villeuse, apapage de la cinquantaine, avec des hémorragies, des débâcles séro-glaireuses ou même sans aucun signe, évoluant des années durant; molle elle ne saigne pas au toucher, s'efface devant le rectoscope qui fait percevoir son aspect chevelu trop souvent masqué par des glaires; l'adénome solitaire, fréquent chez l'enfant, provoquant des hémorragies caractéristiques à cet âge; la polypose enfin, apparaissant de 15 à 20 ans, saignant et surtout s'accompagnant de diarrhée dysentériforme, d'atteinte après quelques années de l'état général avec troubles trophiques. Dans ces deux derniers cas, le doigt percevra le ou les polypes plus durs, avec un pédicule plus net, ce que confirmera la rectoscopie. Isolés, ou en petit nombre dans l'adénome solitaire, ils parsèmeront littéralement, dans la polypose, la muqueuse de l'intestin, au point d'en obturer parfois la lumière.

9° Leur dégénérescence se marque par des signes de probabilité ou de certitude. Les premiers sont des hémorragies plus fréquentes, une diarrhée séro-sanguinolente, la disparition de la souplesse, de l'aspect villeux, l'existence d'une ulcération avec tendance à saigner sous le doigt et sous le rectoscope, devant lequel la tumeur ne s'efface plus. Les seconds sont uniquement histologiques, après biopsie ou même après

ablation par voie naturelle du polype entier, et son examen intégral. Des modifications cellulaires avec disparition des cellules mucipares, mitoses abondantes et désorientées, sont des signes de valeur, mais non incontestables, il en fut ainsi dans nos observations n^{os} 1 et 3. La cancérisation s'affirmera, au contraire, par la pénétration, au travers de la limitante et de la muscularis mucosæ, d'éléments cellulaires atypiques, comme dans nos observations n^{os} 2 et 6.

10° La part réelle de cette dégénérescence des tumeurs bénignes dans la pathogénie des cancers rectosigmoïdiens, est difficile à dire, WESTHUES ne l'a décelée histologiquement que dans 15 % des cas. Considérant pourtant leur fréquence à l'état isolé et au voisinage de néoplasie maligne, leur dégénérescence presque inéluctable, leur récurrence maligne après ablation insuffisante, on doit penser qu'elle est considérable. Elle n'est pourtant pas la règle comme l'ont soutenu quelques auteurs allemands, les tout petits cancers en particulier se développant d'emblée en muqueuse saine, ainsi que les épithélioma dendritiques primitifs, très comparables au polype vilieux, mais cancéreux dès leur premier début.

11° L'on ne saurait inférer des caractères histologiques cellulaires d'un polype encore bénin à sa dégénérescence fatale ultérieure, et l'importance attribuée par SCHMIEDEN et WESTHUES à la cellule différenciée, pour réelle qu'elle soit, est excessive. BEN-

SAUDE et son école ont montré que les tumeurs à cellules sombres du groupe II de ces auteurs ne peuvent dégénérer qu'après des années, alors que d'autres à cellules muqueuses se cancérisent plus rapidement.

12° Le traitement se résume à l'ablation systématique de toute tumeur bénigne rectosigmoïdienne. Pour le polype solitaire, elle se fera par voie rectale après rachi-anesthésie, à la pince de Brunings modifiée par R. BÉNSAUDE; elle comportera l'ablation d'une large collerette de tissu sain autour du pédicule. Le polype enlevé sera examiné dans sa totalité. Présente-t-il des points de dégénérescence? Une large opération complémentaire pourra alors s'imposer. Pour le polype vilieux, cette dernière est plus nécessaire, elle fut pratiquée à trois reprises chez nos malades, dont deux fois par la méthode de CUNÉO, avec succès. Quand à la polypose, limitée à un segment, ce dernier sera enlevé en totalité avec électrocoagulation des polypes aberrants; si elle est diffuse, l'on recourra à la radiothérapie aux résultats précaires ou à la curiethérapie. Une surveillance ultérieure sera toujours nécessaire, des années durant, car toute récurrence même bénigne est de règle suivie de dégénérescence.

Vu : Le Président de Thèse,
CARNOT.

Vu : Le Doyen,
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BENSUADE (R.). — Traité d'Endoscopie : Rectoscopie et anoscopie. Paris 1927, 2^e Edition, Masson Editeur.
2. BENSUADE (R.). — « Maladies de l'Intestin », T. I : De la biopsie dans les affections ano-rectales, en collaboration avec André CAIN, p. 30-64 et T. III en collaboration avec A. CAIN et A. LAMBLING : « Des tumeurs villeuses du rectum », p. 127-157, et avec P. HILLEMAND et P. AUGIER : Polypes solitaires et polypose rectocolique », p. 158-277. Voir à ce chapitre la bibliographie très complète, jusqu'à l'année 1935. Paris, Masson, éd.
3. BENSUADE (A.). — « L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum », Paris, Masson, Edit., 1937. Voir également la bibliographie très complète jusqu'à cette date.
4. BENSUADE et MARCHAND. — « Une simplification de l'ablation des polypes recto-sigmoïdiens ». *Arch. Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr.*, 1936, p. 195.
5. BORESCHAU (Max). — « A propos de 13 cas de polypose rectocolique ». *Thèse Montpellier*, Déc. 1938.
6. BRULÉ et LIÈVRE. — « Polypose colique avec hippocratisme des doigts ». *Bull. et Mém. des Hôp.*, 1932, p. 99.
7. CAIN (A.) et BENSUADE (A.). — « Les modes d'apparition du cancer du rectum ». *Arch. des Mal. de l'app. dig. et de la Nutr.*, T. 27, N° 4, Avril 1937, p. 253-274.
8. CARNOT (Paul). — « Maladies digestives familiales », p. 164. *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris* (1935).
9. DENÉCHAU (D.). — « Du polype au cancer du rectum et de l'intestin terminal », *Bull. Méd.*, N° 7, 18 février 1939, p. 1924-1930.

10. HARTMANN (H.). — « Chirurgie du Rectum », 1931, Masson Edit.
11. LAMBLING (A.). — « Les tumeurs villeuses du rectum ». *Thèse Paris*, 1928, Masson Edit.
12. LEVEUF et ODRU. — « La polypose colique diffuse ». *Jour. de Chir.*, 1931, T. 37, N° 6, p. 810-927.
13. QUÉNU et LANDEL. — « La cytologie de l'adénome pédiculé du rectum ». *Rev. de Gyn. et Chir. Obstr.*, 1898, p. 480-526.
DES MÊMES. — « Les polyadénomes du gros intestin ». *Revue de Chir.*, 1899, p. 467.
14. Pour les auteurs étrangers : LOCKART-MUMMERY, SCHMIEDEN et WESTHUES, TONNESSEN, WESTHUES, etc., Voir A. BENSUADE : « L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum ». *Loco citato*.

